|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**    **Düşme Olayı Bildirim Formu**    **Eğitim Katılım Formu** | Doküman No. | SHB.FR.04 |
| Yayın Tarihi | 25.11.2019 |
| Revizyon Tarihi | 02.03.2022 |
| Revizyon No. | 1 |
| Sayfa No. | 1/1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Olayın Gerçekleştiği Tarih-Saat: | Bildirim Tarihi: |
| Düşen Kişi : Personel Hasta Hasta Yakını | |
| Düşen Kişinin  Adı Soyadı: Yaşı: Cinsiyeti: | |
| Düştüğü Yer : | Düşme Sebebi: |
| Poliklinik : | Hasta kaynaklı: |
| Görüntüleme: | Tedavi kaynaklı: |
| Koridor : | Tesis kaynaklı: |
| Tuvalet : | Diğer: |
| Merdiven : |
| Diğer : |
| Olayı anlatınız: | |
| Düşme riskine yönelik alınan önlemler (düşme öncesi): | |
| Düşme öncesi genel durumu: | |
| Düşme sonrası genel durumu: | |
| Bildirimi Yapanın  Adı Soyadı:  Unvanı: | |

Not: Birden fazla düşme nedeni yazılabilir.

Form doldurulduktan sonra Kalite Yönetim Birimine teslim edilecektir.